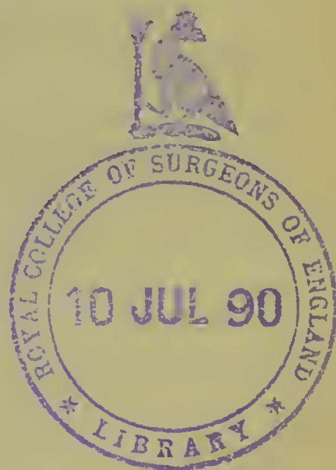
De
RENUM TUBERCULOSI.

(2

DISSERTATIO INAUGURALIS MEDICA
QUAM
CONSENSU ET AUCTORITATE
GRATIOSI MEDICORUM ORDINIS
IN
ALBERTINA LITERARUM UNIVERSITATE
UT SUMMI
IN MEDICINA ET CHIRURGIA ET ARTE OBSTETRICIA
HONORES
RITE SIBI CONCEDANTUR
DIE XIX. M. DECEMBR. ANNI MDCCCLXV
H. XI L. C.
PUBLICE DEFENDET

AUCTOR

GUSTAV GUENTHER
ALLENBURGENSIS.



OPPONENTIBUS:
R. BUTTLEWSKY, CAND. MED.
F. PAPENDIEK DD. MED.

REGIMONTI PR.
TYPIS EXPRESSIT GRUBER ET LONGRIEN. (G. LONGRIEN.)

VIRO

ILLUSTRISSIMO BENEVOLENTISSIMO

PRAECEPTORI MAXIME VENERANDO

PROF. DR. LEYDEN

DIRECTORI CLINICI MEDICI REGIMONTANI

CONSILII REGII COLLEGAE.

PATRUO DILECTISSIMO ET OPTIME DE SE MERITO

DR. G. DINTER

PIO GRATOQUE ANIMO

D. D. D.

AUCTOR.

Tuberculosis renum duo genera nunc explorata sunt pro decursu, quorum alterum in vita nulla aut minima symptomata in systemate urogenitali offert et pars tuberculosis totius corporis est et in quo imprimis organa chylopoëtica afficiuntur; alterum permagna symptomata habet et cum magna dissolutione parenchymatis renum conjunctum vulgo brevi tempore interjecto mortem efficit. Hoc genus originem ducit ab organis uropoëticis eorum finibus contineri solet et anatomice quoque saepe differt ab illo genere.

Anatomiam pathologicam horum generum Rokitansky *) in tertio volumine libri, qui inscribitur Anatomia pathalogica docet. In primo genere, quo persaepe simul jecur, splen, peritonaeum afficiuntur tubercula plerumque singuli admodum parvi nodi in substantia corticali interdum tamen permulti conjuncti et usque ad pyramides pertinentes sunt. Parenchyma vicinum apparet solutum et in acuta tuberculosi interdum permulta adsunt circumscripta haemorrhagiis. Textura soluta tumefacta ecchymosibus exornata est, epithelia canaliculorum urinae desquamantur, tubercula ex materia tuberculorum aut cana aut flava composita sunt, quae perraro post longum tempus liquescit. Quam ob rem difficillime fieri potest, ut morbus aperte cognoscatur. Symptomata profecta ex aequali aegrotatione aliorum organorum tantum valent et ex organis uropoëticis orta aut absunt aut tam parva sunt, ut, quod ex renibus praecipitatum est, vix appareat. Duos casus Rosenstein**) commemorat: primum

*) Pathologische Anatomie 3. Band.

**) Pathologie und Therapie der Nierenkrankheiten Seite 385.

puer duodecim annos natus symptomata meningitidis offerens paucis diebus post aut delirio aut sopore brevi intervallo sequentibus laborans mortuus est, eujus urina, quae eathetere removenda erat, flavo fuerat calore, acide reegerat et sine albumine sedimentoque fuerat. Post mortem exstabant tubereula singula atque flava in meningibus hyperaemicis, in fossa Sylvii purulentum exsudatum, deinde duobus pulmonibus dispersa tubercula miliaria, in sinistro apice duae parvae cavernae, hepar nodis innumerabilibus parvulis ac flavis obrutum est, substantia eorticalis duorum renum multis flavisque tubereulis imbuta erat, cujus in peripheria parva eonspieiebatur hyperaemia; altero in casu vir quadraginta duorum annorum, eujus in familia tubereulosis hereditate propagata erat, praebebat omnia insignia tubereulosis pulmonum et ilei, qua in re urina normaliter atque albumine mixta reperiebatur, quod parvum albumen ad alias eorporis affeetiones pertinere poterat. Post mortem erant juxta nodum in sinistro magno haemisphaerio, juxta uleera epiglottidis laryngisque eavernae duorum pulmonum apieum, ulecra in ileo, nonnulla loea eortiealis sinistri renis flavis tubereulis affeeta erant, in dextro materia striata juxta tubulos uriniferos pyramidis seposita est.

Quod ad alterum tubereulosis genus, quod diligentius jam traetabimus, pertinet, exstat, ut supra demonstravi primum in organo quodam systematis urogenitalis, unde per totum systema serpit, persaepe invenitur primum in testieulis atque glandulis lymphatieis, quae illis adjunctae sunt et in prostata, unde in mueosam totius tractus, renisque ipsius transire solet. Tum in rene non solum tubercula a mucosa exeuntia, sed etiam in substantia oriuntur in pyramidibus nodi singuli, quin etiam foei, in quibus tubercula densa sunt, eonfluunt, ex quibus non raro eavernae fiunt, qua in re textura dissoluta, sanguine permixta, cieatriculis densata est. Ren ipse tum auetus est eollibus tubereulaque apparent quasi nuclei permagni in tubulis uriniferis defluvium invenitur atque dissolutio epitheliorum. Glomeruli Malpighii et tubuli uriniferi saepe distracti sunt. Rokitansky dicit hoç

genus tuberculosi pulmonum accidente mortem adducere, quod nec sententia aliorum nec casu, cujus mentionem infra faciam, comprobari videtur.

Frequentia tuberculosis renum in hominibus tuberculis affectis maxime varia demonstratur, nulla diversarum aetatum ejus morbi expers est, attamen alterum genus tuberculosis generalis ad liberos saepissime spectat, alterum maxime systema urogenitale corripiens ad mediam vel provectam aetatem pertinet, quo morbo viri saepius quam feminae afficiuntur. Fere semper in feminis a mucosa viarum urinalium provehitur, e contrario in viris origo a genitalibus saepissime quaerenda est. Tuberculosis urethrae, quae in viris non raro exstat nunquam in feminis invenitur.

De causis hujus morbi perpauca dici possunt, attamen etiam in hac re hereditas plurimum valere videtur. Nihilo minus morborum conficientium, longae febris intermittentis, typhorum, ratio est habenda et saepe statuere cogemur causam in iis esse positam, praesertim si aegrotos inclinare ad eam aegrotationem videbimus.

Casum tuberculosis renum et ceterarum viarum urinalium observandi occasionem habui in clinico medico duce ill. Leyden:

Historia morbi.

Johann Glinker, 31 Jahre alt, Landmann, recipirt den 4. Juni.

Anamnese: Patient stammt aus gesunder Familie und will bis zum 24. Jahre stets gesund und kräftig gewesen sein, sich niemals einen Tripper oder syphilitisches Ulcus zugezogen haben. Er giebt an, vor 8 Jahren öfters Anfälle von Erbrechen, die 3 bis 8 Tage dauerten, gehabt zu haben, im Ganzen soll das Erbrechen mit Zwischenräumen 2 Jahre angehalten haben, in welcher Zeit sich Schmerzen unter dem Nabel verbunden mit Schmerzen beim Uriniren einstellten. Vor 7 Jahren hat er häufiger über Stiche in Brust und Kreuz, besonders nach schwerer Arbeit geklagt, dabei ist ihm das Luftholen schwer geworden, weder Husten noch

Auswurf ist damals vorhanden gewesen, alle diese Beschwerden sind nach einem Aufenthalt im Bette von wenigen Tagen völlig verschwunden. Vor 4 Jahren im Winter, in dem er sich vielfachen Erkältungen und Anstrengungen auf einer Reise hat aussetzen müssen, fühlte Patient einen heftigen Schmerz beim Uriniren und es entleerte sich nach ziemlich starkem Drängen zuerst ein wenig dunkelrothes Blut, etwa 1 Theelöffel voll, danach $1^1/_2$ Theelöffel Urin; gleichzeitig stellte sich Schmerz in der regio pubis ein, der constant blieb. Diese Symptome hielten während zweier Jahre an, Patient musste täglich 15mal uriniren, während welcher ganzen Zeit er sich noch ganz kräftig fühlte, seine Arbeit gut verrichten konnte, und blieb der Zustand unverändert bis zum Anfange des letzten Winters 1864; erst jetzt bekam Patient öfters Frostanfälle, auch fühlte er sich oft Tage lang beständig kalt. Diese Erscheinungen bewogen ihn, sich zu Bette zu legen. Die Frostanfälle steigerten sich in ihrer Intensität bis zu Schüttelfrösten und traten in der letzten Zeit des Winters täglich ein bis mehrere Male auf, namentlich wenn Patient versuchte, aus dem Bette aufzustehn. Die Schmerzen beim Uriniren wurden nach Weihnachten heftiger, gleichzeitig stellten sich Schmerzen in der linken Leistengegend ein. Es zeigte sich hier ein rothes Bläschen, welches zunahm und eröffnet, nicht mehr heilte, sondern ein Geschwür bildete, dass sich von der Zeit an vergrösserte. Den Winter hat Patient beständig zu Bette bleiben müssen und ungefähr seit 6 Wochen entleert sich beim Uriniren kein Blut, sondern eine milchige Flüssigkeit unter denselben Schmerzen, wie die früher beschriebenen. Der Appetit fehlte ziemlich. Seit dem Winter leidet Patient auch an Verstopfung und hat bei jedem Stuhlgang ähnliche Schmerzen wie beim Uriniren, während des Winters giebt er an sehr abgemagert zu sein.

Stat. praesens: Patient von kräftigem Knochenbau zeigt starke Abmagerung und schlaffe Musculatur, Haut feucht und welk. Gesichtsfarbe blass, Temperatur dem Gefühle nach kaum erhöht. Patient hat die horizontale Rücken-

lage eingenommen und antwortet auf die gestellten Fragen unwirsch und mürrisch. Gesichtsausdruck leidend. Klage über Schmerzen, welche sich von der linken Lumbalgegend nach der regio pubis hinziehn. In der Lendengegend sind sie nicht beständig, besonders heftig sind die beim Uriniren auftretenden Schmerzen im Rohr. Wenn Patient auf dem Bauche liegt, so erscheint die linke Lendengegend kaum aufgetrieben, jedoch treten die Intercostalräume rechts deutlicher als links hervor, und erscheint der Thorax links voluminöser, die Bewegungen desselben völlig frei. Die Weichtheile der Lendengegend sind rechts kaum stärker gespannt, als linkerseits, auch tiefer Druck auf dieselben kaum empfindlich, am meisten nach der linken Nierengegend zu. — Die Percussion hinten am Thorax in den obern Portionen beiderseits gleich voll und tief, die Dämpfung beginnt linkerseits von der zehnten Rippe und erstreckt sich nach der linken Seitenwand hin in einer wenig aufsteigenden, geraden, scharf begrenzten Linie; unterhalb dieser Linie ist die Dämpfung sofort intensiv und nimmt den ganzen Raum incl. der Lendengegend bis nach der linken Seite hin ein; in den obern Theilen der Dämpfung noch ziemlich lauter etwas gedämpfter Schall, namentlich die Lendengegend unterhalb der Rippe in ihrer ganzen Ausdehnung zeichnet sich durch absolute Dämpfung aus, rechterseits reicht der volle Schall hinten am Thorax etwas weiter herab als linkerseits, bei tiefen Inspirationen steigt die Zone des vollen Schalles linkerseits deutlich aber nur wenig, rechts beträchtlicher herunter, die Lendengegend erzielt rechterseits fast überall einen ziemlich lauten tympanitischen Schall. Bei der Rückenlage setzt sich die bereits beschriebene Dämpfung der linken Lumbalgegend nach vorn zu fort, am untern Theile des linken Thorax beginnt von der fünften Rippe an ein wenig gedämpfter hoher exquisit tympanitischer Schall, unterhalb der Rippenränder bis zum Darmbeinkamme absolute Dämpfung; nach vorn erstreckt sich dieselbe Dämpfung auf dem Abdomen bis einen Zoll nach innen von der linken Mamillarlinie; entsprechend der

innern Dämpfungsgrenze fühlt man einen rundlichen, wie es scheint, etwas beweglichen Tumor von höckriger Oberfläche und mässiger Resistenz, derselbe ist bei stärkerm Druck in geringem Grade empfindlich, legt man die eine Hand auf die hintere linke Lendengegend und drückt mit der andern auf die vordere Fläche des beschriebenen Tumors, so fühlt man deutlich den Druck auf die hintere Hand sich fortpflanzen, auch dieser Druck ist kaum empfindlich.

In der linken Leistengegend finden sich zwei Geschwüre mit scharfen etwas gerissenen Rändern und mit livider gerötheter Umgebung, das obere ist 2½ Centmt. lang, ½ breit, das untere rund, ¾ Ctm. im Durchmesser, von dem untern gelangt man mit der Sonde in einen nach oben verlaufenden 4 Ctm. langen Fistelkanal, welcher auch in der Mitte des obern Geschwürs hineinmündet. Von den Ecken des obern Geschwürs sind die Ränder so weit unterminirt, als die livide Röthe reicht. In der Umgegend dieser Ulcerationen sind die Drüsen in mässigem Grade angeschwollen, ebenso die Drüsen der rechten Inguinalgegend; — der rechte Hoden ist vergrössert, der linke kaum. Am penis keine Abnormität bemerkbar. Druck auf das perineum ist kaum schmerzhaft. Der Harn, welcher unter starken Schmerzen entleert wird, nicht sehr übelriechend, schwach sauer, 1850 Cctm., intensiv blutig, mit einem sehr reichlichen grauweissen Bodensatz.

Die Cervikaldrüsen sind ein wenig angeschwollen, am Unterkiefer gar nicht, in der Achsel keine Drüsenanschwellung. Sensorium vollkommen frei, Respiration ruhig, seltenes Husten, weisses sputum, auf den claviculis und oberhalb derselben beiderseits ziemlich voller Schall, links vielleicht etwas kürzer; unterhalb der clavicula sinistra ist der Schall etwas höher als rechts bis zur 7. Rippe, Leberdämpfung beginnt an der 6., sie ist überall am Thorax von mässiger Intensität, den Thoraxrand nicht erheblich überragend, das Abdomen ist kaum aufgetrieben, die linke Lumbalgegend eine Spur stärker gewölbt als die rechte, die Resistenz überall gering mit Ausnahme des beschriebe-

nen tumors, der Schall oberhalb des Nabels überall kurz gedämpft, am stärksten über dem beschriebenen tumor, unterhalb des Nabels ist der Schall voller, in der regio pubis ist der Schall kürzer und gedämpfter als in den fossae iliacae, aber nicht intensiv gedämpft; tiefer Druck ist an dieser Stelle nicht schmerzhaft, abnorme Resstenz aber nicht durchzufühlen; hinten am Thorax ist der Schall in der fossa supraspinata dextra kürzer als in der sinistra, sonst überall normaler Schall; beim Aufsitzen beginnt die Dämpfung hinten links von der 9. Rippe, rechts von der 10., auch bei dieser Lage ist die starke Dämpfung der linken Lumbalgegend gegenüber dem tympatischen Schalle zu constatiren; links oben schwaches vesikuläres Athmen bei der Inspiration, rechts unten unbestimmtes, einer verlängerten Exspiration, Rasseln daselbst nicht zu hören, rechts oben stärkere Bronchophonie, fremitus in der fossa subscapularis, der bedeutend stärker als links. Oberhalb der clavicula sinistra lautes vesikuläres Athmen, unterhalb der clavicula ist die Respiration rechts lauter und die Exspiration verlängert, links schwaches unbestimmtes Athmungsgeräusch.

Bei der Exploration per anum fühlt man einen sehr harten tumor, dessen oberes Ende mit dem Finger nicht vollständig zu erreichen ist; er ist von Knorpelhärte, etwas uneben und scheint sich von der prostata abzugrenzen, er erstreckt sich nach links weiter als nach rechts, ist wenig beweglich und ein Zusammenhängen mit der nach oben befindlichen Geschwulst nicht zu constatiren. Von vorn ist dieser tumor nicht durchzufühlen, auch wirkt ein Druck auf die regio pubis nicht deutlich auf die Bewegung der Geschwulst. Die Einführung des Fingers ist sehr empfindlich, der Druck kaum. Die Einführung des Katheters gelingt ganz leicht, selbst ohne erheblichen Schmerz, der hierdurch entleerte Urin ist milchig, enthält kein Blut; hinter der prostata ist der Katheter deutlich durch die etwas verdickte Blasenwand durchzufühlen, und hinter demselben, in einer Richtung von rechts unten nach links oben findet sich erst die

beschriebene harte Geschwulst; mit dem Katheter selbt fühlt man keine Rauhigkeit. —

Die mikroskopische Untersuchung des Harnsediments ergiebt: Es besteht grösstentheils aus Eiterkörperchen, ausserdem befinden sich darin einige Hirsekorn grosse Körperchen, welche ein in Eiterkörperchen eingebettete fettig amorphe Detritusmasse enthalten. Zwischen den Eiterkörperchen finden sich mehrere spindelförmige und cylindrische Zellen, Blasenepithelien und reichliche Blutkörperchen.

5. Juni. Morgens: Temperatur 37,1, Puls 84, R. 24,
Abends: „ 38,6, „ 88 „ 24.

Patient klagt über einen starken Schmerz in der linken Seite, über einen brennenden stechenden Schmerz in der ganzen Harnröhre, der bis tief nach hinten in die Harnblase ausstrahlt, über ebenso stechende Schmerzen im perineum und linken Hoden. Beim Uriniren verstärken sich diese Schmerzen, ebenso beim Stuhlgang. Patient hat zwanzig Mal am Tage urinirt. Bei dem Akt selbst wird das Glied etwas steif, es schwillt an und nach einiger Zeit und einigem Drängen kommt etwas milchige Flüssigkeit, etwa $1/2$ Theelöffel voll, zum Vorschein, die in der Harnröhre beim Durchgange das Gefühl verursacht, als wenn heisser Sand durchliefe und bald darauf sparsamer Harn, etwa $1 1/2$ Löffel jedesmal. Appetit ist vorhanden. Stuhl retardirt. Ordo: plumbum aceticum grβ zweistündlich. Bäder. Kataplasmen auf die Gsschwüre.

6. Juni. Morgens: T. 37,3, P. 96, R. 24,
Abends: T. 38,4, P. 88, R. 24.

Schlaf war durch den häufigen Harndrang gestört, jedesmal wurden 2 bis 3 Esslöffel Urin entleert. Appetit besonders auf Milchspeisen. Zunge weissgrau. Sensorium frei. Schmerz auf der linken Bauchseite, der Geschwulst entsprechend.

8. Juni. Morgens: T. 38,3, P. 96, R. 16,
Abends: T. 38,5, P. 108, R. 20.

Gestern Nachmittags Hitze mit nachfolgendem Schweiss. In der Nacht starker Durst. Urin 1200 Cctm., blutigroth mit sehr reichlichem eitrigem Sediment. Gesicht geröthet. Haut heiss und trocken. Stuhlgang nach dem 7ten Klystier.

10. Juni. Morgens: T. 37,7, P. 96, R. 24,
Abends: T. 37,8, P. 100, R. 24.

Patient fühlt sich etwas wohler, ist während der Visite auf. Brennen in der Harnröhre. Appetit gering. Durst reichlich. Ordo: Ausspritzen der Blase mit lauem Wasser.

12. Juni. Morgens: T. 37,6, P. 92, R. 24,
Abends: T. 38,3, P. 104, R. 30.

Seit dem 9. Juni ist kein Frost gewesen. Doch gestern Nachmittags gleich nach dem Bade Frostgefühl, während der Nacht Hitze. Schlaf mässig gut. Schmerzen in Harnröhre und Harnblase, die namentlich beim Uriniren unerträglich werden. Die Geschwüre in der linken Leistengegend sind fast unverändert geblieben, ihre Umgebung livide geröthet, Ränder gerissen. Urin 800 Cent. von alkalischer Reaktion. Appetit fehlt ganz. Zunge ist feucht, in der Mitte roth, seitlich zwei stark weissbelegte Streifen Durst. Ordo: Inf. fol. Uvae ursae (℥β) ℥IV zweistündlich ein Esslöffel.

14. Juni. Morgens: T. 37,6, P. 92, R. 24.

Gestern Abend nach dem Bade wieder etwas Frost. Nacht ziemlich gut, subjektives Befinden mässig gut. Sensorium frei. Zunge mässig belegt. Appetit ziemlich gut. Trockenheit im Schlunde, Durst. Nach einem Klystier guter Stuhl. Urin 1300 Cctm. alkalisch braunroth mit reichlichem schmutzigem Sediment. Ordo: Bad aussetzen. Inf. fol. uvae ursi weiterbrauchen.

17. Juni. Morgens: T. 38,3, P. 88, R. 22,
Abends: T. 37,7, P. 92, R. 24.

Patient darf nicht mehr so häufig uriniren wie früher, c. 8 mal täglich, dabei heftige Schmerzen, es kommt ent-

weder zuerst die gelbe milchige Flüssigkeit aus der Harnröhre und nachher gegen früher relativ reichlicher Urin, mitunter auch statt der milchigen Flüssigkeit dickes schwärzliches festgeronnenes Blut, bald nach dem Uriniren vergehen die Schmerzen. Urin 1300 Cctm. braunroth, trübe, dick, alkalisch mit reichlichem schwarzgrauem Sediment. Appetit ziemlich gut, etwas Durst. Stuhl ohne Klystier. Ordo: Kataplasmen weglassen, nur die Geschwüre mit Watte bedecken. Inf. fol. uvae ursi weiter.

18. Juni. Morgens: T. 37,0, P. 90, R. 26,
Abends: T. 37,7.

Keinen Frost und keine Hitze. Die Nacht gar nicht geschlafen wegen der heftigen Schmerzen beim Uriniren und nach demselben. Auch spontane Schmerzen in der Harnröhre und linkem Hoden. Patient kann nur auf der linken Seite liegen, bei der Lage auf dem Rücken oder rechten Seite treten heftige stechende Schmerzen in der rechten obern Thoraxhälfte auf, von der Clavicula bis zur vierten Rippe. Die Schmerzen in der linken Seite erscheinen nur zuweilen. Urin wie früher 1600 Cctm. Respiration ruhig, keine Dyspnö, keine Sputa. Appetit schlecht. Zunge an den Rändern belegt. Trockenheit im Schlunde und Durst haben sich verloren. Zwei dünne Stühle.

20. Juni. Morgens: T. 38,0, P. 90, R. 24,
Abends: T. 39,5, P. 96, R. 30.

Urin 1400 Cent. Sonst stat. idem. Ordo: Acid hydrocht. (℈j) ℥IV.

21. Juni. Morgens: T. 38,1, P. 84, R. 32,
Abends: T. 39,9, P. 92, R. 24.

Gestern Abends mässiger Frost, der circa 2 Stunden anhielt, darauf etwas Schweiss. Nacht möglichst gut geschlafen. Subjectives Befinden ziemlich gut. Schmerzen in der rechten regio pubis und dem linken Hoden. Sensorium frei, keine Dyspnoe. Appetit schlecht, Zunge feucht, seit-

lich belegt, mässiger Durst. Urin 1400 Cctm., röthlich mit reichlichem Bodensatz, alkalisch.

22. Juni. Morgens: T. 38,2, P. 88, R. 44.

Gestern Nachmittags Frost, der einige Stunden anhielt, wenig Hitze, danach subjectives Befinden ziemlich gut, Urin 1500 Cctm.

23. Juni. Morgens: T. 31,2, P. 84, R. 24.
Abends: T. 38,5, P. 92, R. 24.

Gestern Nachmittag Hitze und starker Schweiss, ohne vorangegangenes Frostgefühl. In der Nacht schlecht geschlafen wegen starker Stiche in der rechten Thoraxhälfte. Rückenlage, da bei der Lage auf der Seite den Seiten entsprechende Stiche auftreten. Appetit geringe. Zunge etwas belegt, grosser Durst, 3 dünne Stühle. Urin 1400 Cctm. Bei der Untersuchung der Brust zeigte sich schwache Erhebung des Thorax bei der Inspiration, Perkussionston beiderseits ziemlich voll, schwaches vesikuläres Athmen. Ordo: Acid. hydrochlor. ℈ 1 weitergebrauchen. Morphium zur Nacht.

24. Juni. Morgens: T. 38,0, P. 90, R. 22.
Abends: T. 38,5, P. 88, R. 24.

Gestern Nachmittags starker Schweiss ohne sonstige Fiebererscheinungen. Nacht schlecht geschlafen, wegen der Schmerzen in der rechten und linken regio inguinalis, subjectives Befinden ziemlich schlecht. Klage über stechende Schmerzen in den obern Theilen des vordern Thorax, dieselben sollen constant sein, ferner Schmerzen in der ganzen linken Seite, namentlich der regio lumbalis und in der rechten regio pubis, mässige Schmerzen im linken Hoden, in der Harnröhre beim Uriniren. Pat. liegt im Bette, die Lage auf der rechten Seite, sensorium vollkommen frei. Gesicht blass. Ausdruck leidend. Respiration ruhig, weder subjective noch objective Dyspnö. Appetit mässig gut, Zunge feucht, sehr wenig belegt, vermehrter Durst, 4 dünne Stühle.

Patient hat seit gestern circa 10mal uriniren müssen, wobei zuerst die früher beschriebene blutige oder milchige Flüssigkeit erst später unter intensiven Schmerzen Harn entleert wird. Harn 1300 Cc. mit reichlichem schwarzem, dickem Sediment, das von blutigen Streifen und Fetzen durchzogen ist, alkalisch albuminös. Perkussionsschall oberhalb der rechten clavicula höher als links, unterhalb der clavicula kein Unterschied. Beiderseits oberhalb und unterhalb der claviculae schwaches vesikuläres Athmuugsgeräusch. Kein Husten, seltener Auswurf. Die Schmerzen in der rechten Schulter sind heute nicht vorhanden. ordo: Acid. hydrochl.

26. Juni: Morgens: T. 37,8, P. 80, R. 24.
Abends: T. 39,7, P. 88, R. 22.

Bis Mittags hat Patient sich gestern ziemlich wohl befunden, dann Schmerzeu im rechten hypochondrium und rechter Schulter. Urin 1400 Cctm. Bei der Untersuchung per rectum erstreckt sich der tumor heute nach rechts ein wenig über die Mittellinie, nach links bis an die fossa iliaca, an letzterer Stelle haftet er vollkommen unbeweglich an der Wand des Darmbeins an. Sein oberes Ende ist hier nicht zu erreichen, während dessen Mittellinie und deren Nachbarschaft mit der Fingerhöhe erreichbar ist. Die Consistenz ist Knorpelhärte.

28. Juni. Morgens: T. 38,5, P. 88, R. 24.
Abends: T. 39,9, P. 96, R. 22.

Gestern Nachmittags Frost, Hitze und Schweiss. Schmerzen wie früher. 2 dünne Stühle, Urin 1600 Cctm. ordo: Chinii sulph. gr. IV p. d.

29. Juni. Morgens: T. 36,0, P. 70, R. 22.
Abends: T. 37,0, P. 74, R. 20.

Gestern keine Fiebererscheinungen, 2 dünne Stühle. Urin 1600 Cctm.

30. Juni. Morgens: T. 38,2, P. 96, R. 24.
Abends: T. 37,9, P. 92, R. 28.

Gestern erst gegen 11 Uhr Abends leichtes Frösteln, danach Hitze. Brennender Durst. Drang zum Uriniren ist seltener geworden, 8—9mal in 24 Stunden. Urin 1400 Cctm., stark alkalisch. Ordo: Chinii sulphur. gr. IV, Acid. sulph. diluti gtt. XX, aqua destill. ℥ vβ, syrup simpl. ℥ β, 2 stündlich 1 Esslöffel.

1. Juli. Morgens: T. 38,4, P. 90, R. 24,
Abends: T. 38,3, P. 84, R. 22.

Gestern Nachmittags mässiger Frost und Hitze. Subjectives Befinden ziemlich gut. Grosser Durst. Keine Schmerzen. Patient kann jede Lage einnehmen, Sensorium frei, keine Dyspnoe, Appetit schlecht, 5 dünne Stühle. Uriniren mit Schmerzen. Urin 1700 Cctm., sonst wie früher.

2. Juli. Morgens: T. 37,4, P. 80, R. 22,
Abends: T. 39,0, P. 88, R. 26.

Gestern Nachmittag mässiger Frost, Hitze und Schweiss, Heftige Schmerzen im ganzen Abdomen. Subjectives Befinden ziemlich gut. Keine Dyspnoe. Durst. 5 dünne Stühle. Urin 1700 Cctm. Patient muss 10 mal am Tage mit Schmerzen uriniren.

3. Juli. Morgens: T. 38,0, P. 80, R. 22,
Abends: T. 36,6, P. 88, R. 28.

Gestern Nachmittags Frösteln mit Hitze und Schweiss. 2 dünne Stühle. Urin 1600 Cctm. Sonst status idem.

5. Juli. Morgens: T. 37,1, P. 82, R. 22,
Abends: T. 39,2 P. 92, R. 28.

Gestern Abend Frost und Hitze. Schmerzen im Leibe. Radialpuls ziemlich weit, Spannung gering, Welle niedrig, starker Durst, 2 dünne Stühle. Urin 1700 Cctm., gelblichroth, sehr dick, stark alkalisch, stinkend, im grauweissen Sediment keine blutigen Fetzen.

6. Juli. Morgens: T. 38,0, P. 96, R. 22,
Abends: T. 38,3, P. 80, R. 26.

Gestern Nachmittags starker Frost, dann starke Hitze. 2 dünne Stühle. Urin 1800 Cetm.

7. Juli. Morgens: T. 37,0, P. 84, R. 22,
Abends: T. 39,8, P. 96, R. 24.

Vormittags und Nachmittags gestern starke Schweisse heftiger Durst. Subjectives Befinden gut. Schmerzen nur beim Harnlassen. Radialis enge; Spannung sehr gering Welle sehr niedrig, Sensorium ganz frei. Respiration ruhig Weder subjective noch objective Dyspnö, heftiger Durst 3 dünne Stühle. Urin 1800 Cetm. Ordo: Emulsio oleosa ℥V Morphii. hydrochlorati grβ 2- bis 3stündlich 1 Esslöffel.

8. Juli. Morgens: T. 36,0, P. 80, R. 18,
Abends: T. 36,3, P. 76, R. 20.

Gestern keinerlei Fiebererscheinungen. Gegen Ende der Nacht starker Frost, Hitze und Schweisse. Haut mit reichlichem Schweisse bedeckt. Radialis eng, Spannung unbedeutend. Appetit schlecht, starker Durst. Seit gestern kein Stuhl. Seit heute Morgen geht Urin unfreiwillig durch die Harnröhre ab. Urin 1800 Cctm.

9. Juli. Morgens: T. 38,5, P. 96, R. 28,
Abends: T. 39,5, P. 96, R. 28,
11. Juli. Morgens: T. 35,3, P. 68, R. 16,
Abends: T. 34,5, P. 64, R. 12,
12. Juli. Morgens: T. 35,8, P. 72, R. 14,
Abends: T. 38,7, P. 96, R. 20,
13. Juli. Morgens: T. 36,5, P. 80, R. 18,
Abends: T. 36,7, P. 68, R. 14,
14. Juli. Morgens: T. 36,5, P. 84, R. 18,
Abends: T. 37,9, P. 92, R. 20,
15. Juli. Morgens: T. 35,6, P. 80, R. 20,
Abends: T. 36,0, P. 92, R. 16.

Tod den 16. des Morgens 8½ Uhr. Der Zustand in den vorhergegangenen Tagen blieb wesentlich derselbe wie früher. Am letzten Tage wurden noch etwa ½ Quart Urin von derselben Beschaffenheit entleert.

Die von Herrn Prof. v. Recklinghausen gemachte Sektion ergab folgende Resultate:

Sehr starke Abmagerung namentlich der Musculatur, sehr blasse Haut mit leichter Abschilferung der Epidermis an den Bauchdecken, diese sind stark eingezogen. In der linken Inguinalgegend befinden sich zwei Fistelöffnungen mit schmutziger Färbung der Umgebung, welche in einem längs des Schambeinrandes bis zu der fossa iliaca heraufsteigenden Gang führen und hier fest bis zur spina aut superior emporsteigen, während nach unten der betreffende Kanal nicht ganz bis zum Hoden herabreichte, der ganze Gang enthält nur einen ziemlich dicken Eiter, die Wandung ist geglättet. besteht nach innen aus einer leicht granulären Membran, die bald grau gefärbt, bald geröthet ist. Von diesem Gange aus gehen entsprechend dem tuberc. ilii pectin. mehrere weitere Zweige unterhalb des pecten nach dem kleinen Becken fort. Dünndärme liegen meist im kleinen Becken, sind ziemlich eng.

Rechts sind am Thorax zahlreiche Adhäsionen, die linke Lunge ist frei. Im Thoraxraum circa℥jj gelbe klare Flüssigkeit, linke Lunge gross, beide collabirt, im Herzbeutel gelbe seröse Flüssigkeit, Herz klein, beiderseits ist geronnenes Blut, linkerseits ziemlich grosse stark gallartig erscheinende Speckhaut. Herzfleisch blass, Klappen normal; die linke Lunge fühlt sich im obern Theile sehr knotig an, im untern Lappen fehlen die Knoten vollständig; hier ist Oedem und Hyperämie bei sehr gutem Luftgehalt, ausserdem ganz geringe beginnende bronchopneumonische Hepatisation. Im obern Lappen sind graue Knoten, die stellenweise grosse käsige Massen und Nester kleiner Knötchen einschliessen. Ferner sind an einzelnen Stellen Höhlen mit grünlichem Sekret, glattwandig übergehend in einen Bronchus, die Wandung selbt ist sehr dünn, ist aber an einer Stelle mit weissen käsigen Strahlen durchsprengt. Die grossen Bronchien haben ziemlich starken Katarrh. Die rechte Lunge ebenfalls schloss im obern Lappen zerstreute

eingebettete graue Indurationen, die käsige erweichende Knötchen enthalten; auch hier zeigt sich beim Verfolgen des Bronchus, dass sie oft mit einer Dilatation in die Nester eintreten, so sogar, dass die Wandung innerhalb derselben sehr stark von den käsigen Massen durchsetzt ist. Schleimhaut der grössern Bronchi blass, Bronchialdrüsen mässig gross, stark schieferig, schlaff ohne käsige Knoten: Jugular und Halsdrüsen sind unverändert, Schilddrüse ist etwas gross, Schleimhaut am larynx und trachea haben eine sehr trockne Oberfläche ohne jede andere Veränderung, die linke Tonsille ist in grosser Ausdehnung mit Höhlen durchsetzt, aus denen sich käsige Pfröpfe entleeren, die Substanz ist selbst stark schieferig. An der Basis der Zunge ist die Oberfläche etwas glatt, der Rand der epiglottis an den prominirensten Stellen etwas uneben, von da ab auf der untern Fläche ziemlich starke Vascularisation und leichte Depression aber mit spiegelnder Oberfläche, keine Narben und Ulcerationen. —

Die Milz ist ringsum sowohl mit der linken Niere als auch mit dem pancreas adhaerent, lang 6″, breit 4″, dick $1^3/_4$″, blutreich, schloss aber derb, Follikel sind fast garnicht vorhanden. Die flenura lienalis coli ist mit der an der linken Niere gelegenen Geschwulst fest verwachsen. An der am meisten adhärenten Stelle findet sich im colon eine trichterförmige Stelle, ohne dass aber in der Darmwand eine Oeffnung nachgewiesen wäre. Ebenso ist dieser tumor mit dem pancreas fest verwachsen, steigt andererseits bis zum Zwerchfell empor, adhärirt ferner namentlich mit der hintern Bauchwand, die Cava ist sehr platt, enthält dünnflüssiges Blut, torta unverändert, die linksseitigen Beckenäste treten unmittelbar unter der Fistelsonde aus, auch in ihnen fehlen vollständig thrombolische Abscheidungen. Der linke Ureter ist ganz enge, rechterseits ist der Ureter sehr stark dilatirt, enthält sehr trübe Flüssigkeit, die Wand ist sehr stark verdickt, die Innenfläche hat ein sehr buntes Aussehen, ist im Ganzen glatt, aber fast überall mit flockigen

weisslichen Massen bedeckt und dann finden sich grössere Flecke von käsigem habitus Ulcerationen bildend mit ziemlich stark aufgeworfenen Rändern. Die rechte Niere vergrössert, Oberfläche glatt, hie und da geröthet, an einzelnen Stellen weisslich, an vielen Stellen sind kleine mit puriformen Massen erfüllte Heerde, diese Eiterheerde haben die Grösse eines Stecknadelkopfes, reichen bis in die Marksubstanz, die Substanz der Niere zeigt auf der Schnittfläche ein sehr buntes Ansehen. Einzelne Nierenkelche sind sehr stark dilatirt und sind oft zu trocken Höhlen erweitert, die bis tief in die Nierensubstanz hineinreichen und mit einer schwieligen rauhen Membran ausgekleidet sind, sie enthalten Eiter und sulzige grünliche Massen. Die Harnblase ist ein weissgrünlich starrer dickwandiger Sack, der in das kleine Becken hineinragt und eine grüne eitrige Flüssigkeit enthält, etwa ℥X; an dem häutigen Sacke des Hodensacks links sind noch mehrere Fistelgänge, die gegen den Hoden zudringen. Der ganze linke Hoden fühlt sich etwas vergrössert an; es ergiebt sich, dass die Anschwellung dem Schwanz des Nebenhodens angehört, der ganz in eine ziemlich glattwandige Höhle umgewandelt und mit einer dickflüssigen nach Limburger Käse aussehenden und riechenden Substanz ausgefüllt ist, der Saamenstrang ist dick, derb und hart, er liegt an einer Stelle ziemlich frei innerhalb der Fistelhöhle; die Harnblase ist im ganzen Umfange mit der Beckenwand fest verwachsen, namentlich auf der linken Seite, ohne dass die betreffenden Theile in der Beckenhöhle eine Veränderung erkennen lassen. Die Harnblase selbt zeigt innen eine sehr bunte Beschaffenheit, hier springen mehrfache Balken hervor, dazwischen sind Ulcerationen, Ablagerungen von kleinen weisslichen Massen, die noch nicht deutlich käsige Form haben. Rectum und Flexura sind ziemlich eng, die Schleimhaut ist unverändert, dann findet sich an der vordern Wand 2 Zoll oberhalb des anus eine quergestellte ovale Ulceration mit knotigem Grunde. Der untere Theil der Harnblase ist aufgegangen in einen Defect, der in eine innerhalb der prostata

gelegene Höhle führt und pyroforme Massen enthält und an der Innenfläche noch nekrotisirende, in der Losstossung begriffene käsige Massen austreten lässt. Aus der Harnröhre kommt eitrige Flüssigkeit hervor; die ganze Innenfläche der Harnröhre ist sehr uneben, die innern Schichten der Wand sind mit weissen Massen durchsetzt; die Defecte gehen bis in die fossa navicularis und noch eine ganz kurze Strecke hinaus, in den anstossenden Theilen finden sich kleine weisse Knötchen eingelagert, erst in der pars bulbosa kommen einzelne Defekte in der Schleimhaut der Harnröhre von unebenem Grunde vor, die weissliche Massen eingelagert halten. Von der prostata selbst ist nichts mehr zu erkennen, auf beiden Seiten der Innenfläche, namentlich links erstrecken sich längliche derbe Körper empor, welche ganz aus schwieligen Massen gebildet werden, in denen noch Reste der Samenbläschen zu erkennen sind, jedoch zeigt es sich, dass die Endportionen des linken Samenbläschen in eine glattwandige Höhle übergeht, welche grünlichen Eiter enthält. An Stelle der linken Niere findet sich ein tumor von $2^1/_2$ Zoll Länge, 4 Zoll Breite und 4 Zoll Dicke, er ist prall fluctuirend, er besteht aus mehreren einzelnen Höhlen, die mit sehr dicker Wand versehen sind und einen grünlichen Eiter enthalten, der einen etwas knoblauchartigen Geruch verbreitet, die Wandungen dieser Höhlen kommuniciren nach dem Hilus zu meist miteinander, nehmen auch die Nierenbecken vollständig ein; die Innenfläche ist mit Wülsten besetzt, diese haben eine käsig grünliche Beschaffenheit. Vom Nierenbecken findet sich noch ein Rest, dessen Innenfläche ziemlich glatt ist. Von diesem geht die Dilatation des Ureters aus, dessen Innenfläche bereits im obern Theile stark siebförmig durchbrochen ist, dann findet sich ferner innerhalb der stark verdickten Wand käsige Masse eingelagert.

In der Magenwand sind kleine geröthete Stellen, sonst keine Veränderungen. Die Leber ist mässig gross. Gallenblase ziemlich stark gefüllt, die Galle selbst braun. Die

ganze Leber ist mässig blutreich, rechts zahlreiche Adhäsionen, deutliche Knötchen sind nicht zu erkennen.

Ex exploratione IV die mensis Junii instituta colligebatur:

1. Tumorem sinistrae regionis lumbalis morbo affectum et amplificatum renum esse.

2. Difficilior erat explicatio tumoris, qui in vesica urinaria inventus est, non constitit utrum carcinoma an tuberculosis viarum urinalium esset et ex quo loco processus initium cepisset. Magna aegroti cachexia, quae maxime hieme ineunte apparuerat, magnus dolor, defectus expressae tuberculosis pulmonum, initio etiam febris inopia indicabant Carcinoma et negabant tuberculosim renum, e contrario affectiones atque ulcera sinistrae regionis inguinalis non leves erant tuberculosis causae.

Quae ex re tractatio non poterat institui, nisi ex symptomatis et contra universum collapsum virium et contra vehemens puris profluvium. Quam ab causam appetitu non plane deficiente alimenta ac balnea quam maxime reficientia instituebantur.. Praeterea adstringentia in vesicam injecta sunt, quae tam iniqua erant, ut jam non iterarentur; plumbum aceticum, acidum tannicum, infusum fol. uvae ursi dabantur ac sine effectu idoneo. In ulcera cataplasmata imposita sunt, quae postea, quod aegroto molesta erant neque quidquam proderant, remota sunt.

Prognosis admodum mala fuit, quia in malo nullo modo quidquam corrigi poterat neque sperandum erat fore ut aegrotus diu viveret, quod morbus per quatuor annos durabat et initio hiemis praeteritae vehemens collapsus virium exsisterat.

Quodsi in prima exploratione diagnosis dubia fuit in processu morbi certissime apparuit, vïas urinales tuberculis infectas esse. Exstitit enim jam primis temporibus febris, cujus forma maxime ei repondebat, quam in phtisi tubercu-

losa non raro invenimus. Qua causa opinio, quam antea habueramus magnopere confirmata est.

Inspiciamus nos singula symptomata quae ad processum morbi et diagnosim gravia sunt:

1. Febris decursum: Jam primis diebus similia frigora exstiterunt, quae aegrotus maxime lecto relicto se habuisse dicit. Initio aegrotus non afficiebatur nisi calore atque sudore, postea tamen frigoris impetus non deerant atque illae febris exacerbationes non apparebant vespere ut in ceteris morbis gravibus fieri solet, sed plerumque post coenam meridianam. Neque tamen haec febrium ratio sibi constabat, nam, cum per longum tempus illi frigoris impetus quotidie post coenam observarentur, ut intermittentis quotidianae admoneremur, ut a XX die usque ad diem XXIV Junii, alio tempore febris impetus uno etiam nonnullis diebus deerant. Comparantibus igitur historiam morbi septimus dies Junii nulla febri vexatus est, contra sextus et octavus. Ab XVI die usque ad diem XX Junii nulli febris impetus, tum usque ad diem XXIV Junii iterum quoque die exacerbationes febris aderant post meridiem; XXV et XXVI die nulla febris erat, die XXVII mensis Junii post meridiem exercerbationes febris; tum nonnulli dies nulla febri impediti erant, fortasse praebito chinio sulphurico usqun ad diem XXX Junii. Porro impetus frigoris longiores erant atque unam fere horam perseverabant, ut forma febris hecticae sine dubio ostenderetur. Non raro etiam ante meridiem et post frigus et sudor, ut VIII Junii inveniebatur. Dolendum est, quod temperaturam in exacerbationibus febris non 'metiebamur. Differentia temperaturae mane et vespere parvi momenti erat, plerumque 38 graduum, itaque aliquantulum aucta. Quinque demum diebus ante mortem ab 38,5 ad 35,3 descendit et quoque vespere antea magis postea minus ultimo vespere 0,4 gradibus ascendit. Pulsus semper inter 90 et 80 fluctuabat, respiratio inter 26 et 18. Huc accedit, contemplatio sudorum, qui initio parvuli una cum calore existebant neque admodum diu durabant. Ab XXIII. Junii

autem oriebantur graviores sudores, qui usque ad vesperum permanebant, ut die XXIV. et XXV. Junii sine conspicuo frigore postea ab octavo die mensis Julii per totum diem profusi sudores usque ad mortem erant. Quibus cum insignibus hecticis conjunctus erat.

2. Organorum chylopoëticorum status. Initio aderant appetitus cibi; Alvi exoneratio initio retardata declaratur doloribus, quos aegrotus in exoneranda alvo sentiebat. Postea XX. Junii una cum accessu sudoris profusi etiam secretiones profusae ex intestinis ostendebantur. Itaque, cum post mortem in obductione nulla tubercula in intestinis repercirentur, etiam hoc profluvium alvi insigné hecticum est, ex quo inopia appetitus cibi et admodum aucta sitis declaranda sunt.

Quae insignia hectica, febris, sudores, alvi profluvium, mortem in hoc casu adduxerunt, quare hic casus maxime Rosensteinii*) sententiam refellit. Is enim dicit plurimis in casibus, quibus tubercula originem ab organis uroqoëticis ducerent, pulmones eodem morbo affici mortisque causam affere, paucos esse aegrotos, in quibus affectio renum per se insignia hectica provocaret, tum aegrotos deminutione virium succumbere. In nostro casu insignia hectica dependebant modo a tuberculosi viarum urinalium.

3. Insignia ex organis uropoëticis proficiscentia non admodum mutabantur, nisi quod tumor vesicae ad dextram partem augebatur. Urina quod ad ejus copiam attinet per totum tempus normalis erat, nunquam deminuta, neque cum aegroto querente de dolore in regione hypochondriaca dextra, qui pressu augebatur et quominus aegrotus in latere dextro jaceret, prohibebat, aegritudinem etiam dextri renis suspicaremur necesse esset, id quod obductione satis comprobatum est. Quam ob rem nunquam symptomata uraemica aut hydrops observata erant, sensorium usque ad mortem non tur-

*) Pathologie und Therapie der Nierenkrankheiten Seite 387.

batum erat. Qua in re Kussmaul et Rosenstein*) consentiunt. Ille ulcera raro totum apparatum urinae corripere putat, plerumpue unum renem affectum, alterum una cum uretere expeditum esse et pro altero rene suo munere fungi, unde raram uraemiam tuberculosis viarum urinalium demonstravi. Hic casus supra descriptus refellit hanc rationem, omnes enim partes apparatus urinalis affectae inveniebantur; affectio videbatur en vesica urinaria proficiscens paullatim per omnes vias urinales prorepisse, primo sinistrum ureterem tum sinistrum renem corripiens denique dextrum ureterem dextrumpue renem. Nihilo minus aegrotus mortuus est non uraemia, ultimo enim die effudit dimidiam quartam urinae; substantiam apparet renum satis urinae paravisse, ut insignia uraemica impedirentur et aegrotus insignibus hecticis prius periit, quam impedimentum urinae substantia renum perdita exsistere posset. Rosenstein**) quoque concedit mortem, perraro uraemia effiici, cor nulla insignia hypertrophiae ostendere, quamvis pars substantiae renum magna pereat, quod probari, ut in degeneratione amyloidea dyscrasia et debilitate aegroti. Si Rosenstein miratur, quod in plurimis casibus hydrops non cognoscatur et hic putat magni momenti esse ad degenerationem amyloideam a tuberculosi discernendam nobis respondendum est, non esse, cur hydrops exsistat, quia in nullo cognito casu secretio urinae magnopere diminuta erat. Etiam in priore casu semper normalem formam adepta est neque copia magna albuminis inventa est.

Urina primo erat admodum acida, tum alcalica simulpue foetida. Quae alcalescentia exstitit, quum impetus mittendae urinae decsset et longa mora puris in vesica alcalica fermentatio effecta esset. Copia sanguinis mutabatur mox fibris densatis mox tam dispersa apparebat, ut urinae calorem suum praeberet. Sedimentum erat semper admodum multum et continebat corpusculis puris exceptis et epitheliis vesicae magnam copiam detritus adipe diruti. Haec sine dubio ori-

*) Beiträge zur Anatomie und Pathologie der Harnwege.

**) Berliner klinische Wochenschrift. 1865. Nr. 21.

ginem ducebat ab easeaceis materiis, quae illas in viis urinalibus extensas tuberculosas ulcerationcs formaverant et veresimile est, effluvium talium dirutioni easeaceae respondentium materiarum detritus ad diagnosim stabiliendam idoneum esse, etiam Kussmaul*) talium mentionem facit minorum et majorum caseaceorum frustillorum, quae microscopiee siccatis ac eellulosis elementis granosi detritus et elasticis fibris continentur, eaque ad diagnosim gravissima esse contendit.

4. Insignia ab organis respirationis exeuntia per totum morbum non aderant. Neque antea neque postea aegrotus laborabat tussi nec sputis. Aegrotus nunquam de doloribus pectoris exceptis paueis diebus ante mortem querebatur, quibus parva tussis eum paucis ae mucosis sputis sine aliis symptomatis pectoris exstitit. Tantum sonus percussionis supra clavieulam in dextra parte altior, quam in sinistra suspicionem excitavit et ubivis debilis respirationis strepitus. Quod non mirum est, neque diagnosim ineertam reddit quia ut in prooemio vidimus haec forma tubereulosi exstitit. Post mortem pulmo nihilo secius non erat liber a tuberculosis secretis ut cavernae lubrieae, quamvis parco ac viridi secreto affectae in apicibus duorum pulmonum probaverunt.

Libris medicorum perlustratis et commemoratis meis observationibus in usum diagnosis tubereulosis viarum urinalium haec momenta converti posse mihi videntur.

1. Magnus tumor renis non semper adest.

2. Simul affecta sunt testieuli et prostata et visiculae seminiferae et in nostro easu glandulae inguinales.

3. Plerumque provecta aetas hoc morbo laborat id quod doctores angliei et gallici**) docent.

*) Beiträge zur Anatomie und Pathologie der Harnwege.
**) Cless. Billiet. Barthey. Chambers.

4. Decursus febris hic est: abnormiter intermittentes exacerbationes febris posteriori decursu clara hectica symptomata, sudores, profluvium alvi apparent.

5. Copia urinae normalis est, acida reactio, mutata materia sanguinis vestigia, albuminis adsunt. In conditione sedimenti videntur materiae detritus granati multum valere, ut Kussmaul docet, sed non semper sunt animadversae.

6. Dolores in profusione urinae non semper adsunt in nostro casu fortasse cum illo, ut alii animadverterunt, perrara tuberculosi urethrae conjuncti sunt.

7. Conditio pulmonum parvi momenti est.



VITA.

Natus sum Gustavus Ernestus Theodorus Günther fidei evangelicae addictus in oppido Allenburg die XXV. mensis Aprilis MDCCCXLI patre Adolpho pastore, matre Julia e gente Riedel, quos adhuc vivos veneror. Primis literarum elementis privatim patre praeceptore imbutus gymnasium Palaepolitanum, quod tum sub directore florebat ill. beat. Ellendt, per quinque annos frequentavi. Ibi maturitatis testimonio accepto, anno MDCCCLXI in album theologorum a professore Erbkam inscriptus sum. Semestre primo peracto, in ordinem medicorum, cujus tum decanus spectabilis ill. de Wittich fuit, transgressus sum.

Docuerunt me per novem semestria: logicen ill. beatus Taute; physicen experimentalem, theoriam magnetismi et galvanismi ill. Moser; chemiam ill. Werther; osteologiam et syndesmologiam, myologiam et neurolagiam splanchnologiamque, artem cadaverum rite secandorum ill. Burdach et ill. Müller; physiologiam et histiologiam ill. de Wittich, artem formulas medicas rite concinnandi ill. Kruse; artem percutiendi et auscultandi ill. Hirsch; pathologiam specialem ill. Möller; akiurgiam chirurgiam artem operationum in cadaveribus instituendarum ill. Wagner; anatomiam pathologicam ill. de Recklinghausen, artem obstetriciam et theoreticam et practicam ill. Hildebrandt; ophthalmologiam et artem operationum in oculis instituendarum ill. Jacobson.

Praeterea his interfui scholis: clinico med. duce ill. Hirsch et ill. Leyden, policlinico medico duce Dr. doct. Bohn, chirurgico clinico et policlinico duce ill. Wagner, clinico obstetricio duce ill. Hildebrandt et ill. Spiegelberg, et auscultans et aegrotorum curam in me suscipiens.

Quibus viris omnibus optime de me meritis gratias ago quam maximas semperque agam.

Iam vero tentamine physico et examine rigoroso rite absolutis, spero fore, ut hac dissertatione publice defensa summi in medicina et chirurgia et arte obstetricia honores in me conferantur.

